



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

28 FEBBRAIO

CASA DI CURA SANT'ANNA s,r,l,
Autore Risk Manager



CASA DI CURA SANT'ANNA

Via K. Herold snc, 03043, Cassino (FR)
TEL. 0776-311123 FAX. 0776-311147
info@santannacassino.com
www.santannacassino.com
Struttura Accreditata

Piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS).

<u>PREMESSA</u>	4
<u>CONTESTO ORGANIZZATIVO</u>	4
<u>1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI</u> ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.	
<u>1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>IN QUESTA SEZIONE DEL PARS 2022 VENGONO INSERITE LE DUE RELAZIONI SINTETICHE SULLLE ATTIVITÀ DEFINITE NEL PARM E PAICA DEL 2021</u> .	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM DELL'ANNO PRECEDENTE DA VEDERE</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>3.0 OBIETTIVI</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>4.0 ATTIVITÀ DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITÀ CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
<u>8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS</u>	17
<u>9 RIFERIMENTI NORMATIVI</u>	17
<u>7.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u>	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

Premessa

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, e' relativo all'analisi dei dati raccolti per l'anno 2021 per tutte le attività accreditate per la Casa di Cura Sant'Anna s.r.l.

Il Piano è stato redatto nel rispetto delle nuove linee guida regionali del 22.1.2022. A distanza di oltre 6 anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM sono stati rivisti i contenuti dei documenti (PARM e PAICA), unificandone il contenuto nel presente documento PARS, con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;

Contesto Organizzativo

Il presente piano riguarda l'intera Casa di Cura Sant'Anna .

La Casa di Cura Sant'Anna è una struttura privata accreditata per le seguenti prestazioni erogate :

- Ricovero e cura a ciclo continuativo per acuzie post-acuzie;
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale;
- Diagnostica per immagini e laboratorio analisi in regime ambulatoriale;
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente e/o in regime ambulatoriale compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La Casa di Cura Sant'Anna è autorizzata ed accreditata con DCA n. U00064 del 20/2/2019 come struttura che eroga prestazioni di ricovero in regime ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie . La Struttura è autorizzata ed accreditata come raggruppamento chirurgico di 32 PL accreditati di cui 4 di Day-surgery più 5 PL ordinari solo autorizzati a corredo dell'attività dispone di 2 Sale operatorie ed 1 sala chirurgica per le attività ambulatoriali inoltre, la struttura è dotata di servizi di diagnostica per immagini, laboratorio analisi generale, anche per pazienti esterni, emoteca, gestione farmaci e materiale sanitario nonché di una piattaforma ambulatoriale. I posti letto sono distribuiti in camere singole, doppie.

Con DCA U00219 del 12 giugno 2019 la Casa di Cura conclude l'iter di accreditamento istituzionale come Hospice per 9 PL residenziale e 36 domiciliari.

L'Hospice S. Anna è ubicato all'interno della Struttura Sanitaria Casa di Cura S. Anna di Cassino, al terzo piano, interamente dedicato.

Il nucleo è composto da 9 camere singole con bagno, dotate ciascuna di adeguati arredi e poltrona letto che consente la permanenza notturna di un eventuale familiare o accompagnatore.

DATI STRUTTURALI		
Strutture	1.	Casa di Cura Sant'Anna
Mq. Complessivi	1)	Mq 2210 circa
Reparto	2.	Hospice Casa di Cura Sant'Anna
Mq. Complessivi	1)	Mq 325 circa + area accettazione

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE ¹		
CASA DI CURA SANT'ANNA		
Risorse umane al 31/12/2021	N° 65	Ruolo sanitario: 42 DIPENDENTI Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 23 DIPENDENTI

¹ DCA di accreditamento delibera del Consiglio dei Ministri del 21/03/2013 Regione Lazio

HOSPICE			
	n. 22	Ruolo sanitario 2 dipendenti amministrativi	
Reperti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
ACUTI			
Chirurgia Generale	P.L.ORD. 28 +4 Day surgery	SSN	
	5 PL ORD.		PRIVATO/ASS.
Centro residenziale di cure palliative Hospice	P.L.ORD. 9 + 36 domiciliari	SSN	
AMBULATORIALE			
Tipologia attività			
ANAL.CLINICHE	1	SSN	
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON TAC E RM	1	SSN	
FKT		SSN	
Ambulatori	9 specialistiche	SSN	
Ambulatori	1 specialistiche		PRIVATO/ASS.

DATI ATTIVITA' ANNO 2021			
SETTING	PRESTAZIONI SSN	NOTE	
DIMESSI CHIRURGIA GENERALE Ricoveri ordinari	634		
DIMESSI DRG MEDICI Ricoveri ordinari	240		

DAY SURGERY	545		
DAY HOSPITAL	120		
APA: ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DALLA CUTE NON COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI PER PATOLOGIE BENIGNE COD. 86.3.6	N. 239		
AMPUTAZIONE CODICE 84.11	N.0		
REVISIONE CAVITA' UTERINA CODICE 69.09	N.10		
CATARATTA CODICE 13.41	N.448		
INTRAVITREALE CODICE 14.75.1	0		
ERNIA CODICE 53.00.2	N.70		

ASPORTAZIONE CHIRURGICA RADICALE DI LESIONE DALLA CUTE COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI E/O CON IMPORTANTE ESTENSIONE SUPOERFICIALE PER PATOLOGIE NEOPLASTICHE O ALTRE LESIONI MOLTO ESTESE COD. 86.4.7	N. 162		
CIRCONCISIONE TERAPEUTICA COD. 64.0	N. 53		
APA DITO A SCATTO CODICE 82.91	N. 14		
TUNNEL CARPALE CODICE 04.43	N.25;		
EMORROIDI CODICE 49.46	N. 6		
VARICI COD. 38.59.1	N.2		
PATOLOGIA CLINICA INTERNA ED ESTERNA	N. 31445	INTERNI N. 71.536	
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI INT	N.494	INTERNI N. 71.536	
FKT	N.90		
ATTIVITA' AMBULATORIALE			
CH. GEN.	N.28		
UROLOGIA	N.41		
OST. E GIN.	N.4		
OCULISTICA	N.332		
NCH	N.15		
CARDIOLOGIA	N.478		
ORL	N.32		

HOSPICE CASA DI CURA SANT'ANNA**POSTI LETTO RESIDENZIALE : 9****DOMICILIARE : 36****DATI ATTIVITA' ANNO 2021**

SETTING	RICOVERI/PRESE IN CARICO	NOTE
RESIDENZIALE(HR)	86	
DOMICILIARE (HD)	178	

SETTING	GG DI DEGENZA	NOTE
RESIDENZIALE	2600	
DOMICILIARE	13593	

Tipo Evento	N (%)	Principali Fattori Causali e Contribuenti	Tipo di evento e % sul totale delle cadute)	Esito evento	
Near Miss	0				
Eventi Avversi	N.2 cadute	Strutturali e tecnologici Organizzativi , procedure e comunicazione (100%)	2/2 = 100% Eventi Avversi	Nessuno	
				Lieve	1 escoria zione
				Moderato	

				Severo	1 Frattur a
Eventi Sentinella	0		(%) Eventi Sentinella		

2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. A tal fine la Direzione Sanitaria che presiede il CIO (Comitato infezioni ospedaliere) ha definito una serie di protocolli in recepimento delle raccomandazioni ministeriali applicabili data la complessità dei pazienti trattati soprattutto nel reparto di Hospice.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2021 sono stati 0 per la Casa di Cura mentre per l'Hospice sono n.2 di cui, 1 in ambito residenziale e l'altro in ambito di assistenza domiciliare. Dall'analisi non risulta nessun near miss e nessun evento sentinella. Gli eventi avversi segnalati, ossia le cadute, sono entrambi da ricondurre alla progressiva fragilità e perdita dell'autonomia dei pazienti, ciò rende tutte le misure messe in atto per prevenirle (nel rispetto del protocollo ministeriale) spesso inefficaci. A tal proposito per ridurre il rischio al minimo é costante la formazione e la revisione delle procedure da attuare.

Sinistri:

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2017	0	0	/
2018	0	0	/
2019	1	0	/
2020	0	0	/
2021	0		
Totale	1	0	/

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

3.Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA						
ANNO	POLIZZA E DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2017 ad oggi	IN AUTOASSICURAZIONE					

Report delle attività del piano precedente

Nella presente sezione vengono inserite le relazioni sulle attività definite nel PARM e PAICA del 2021.

4.1 Resoconto delle attività del PARM dell'anno precedente

OBIETTIVO n.1 : DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
<p><i>I corsi dedicati al personale sanitario relativi alle tematiche di gestione rischio clinico già pianificati nell'anno 2019 per l'anno 2020 erano stati rinviati all'anno 2021 a causa del periodo di pandemia . Nell'anno 2021 il personale sanitario che ha partecipato al "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico e Qualità " è riportato nella tabella seguente:</i></p>		
Partecipazione ai corsi rischio clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: formazione del personale sanitario da formare/ totale Personale Sanitario in carico presso la Struttura	SI	75 %
Indicatore: formazione del personale sanitario da formare/ totale Personale Sanitario in carico presso l'Hospice	SI	100%

OBIETTIVO n.2 Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la corretta gestione della documentazione sanitaria ;		
<i>Attività (1)</i> Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC; verifica a campione nelle cartelle di ricovero nei reparti di degenza della presenza della scheda prevista in procedura		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Per la Casa di Cura : Cartelle cliniche complete e chiare	SI	CONCLUSO
Per l'Hospice: Cartelle cliniche complete e chiare	SI	CONCLUSO
<i>attività (2)</i> promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico ne/o organizzativo delle strutture , monitoraggio attraverso audit interni		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Per la Casa di Cura : Realizzazione di audit/RCA entro il 31/12/2021 con sezione specifica Covid 19	SI	CONCLUSO per tutte le infezioni nosocomiali
Per l'Hospice: Realizzazione di audit/RCA entro il 31/12/2021 con sezione specifica Covid 19	SI	CONCLUSO per tutte le infezioni nosocomiali
<i>attività (3)</i> Monitoraggio e valutazione percepita dagli utenti, esaminare i questionari di gradimento		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Per la Casa di Cura : Almeno report semestrali per la valutazione della qualità della struttura	Sì	CONCLUSO
Per l'Hospice: Almeno report trimestrali per la valutazione della qualità della struttura	Sì	CONCLUSO

OBIETTIVO 3: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura		
Attività (1) Realizzazione di indagini di prevalenza sui ricoveri ordinari in corso in data periodo in esame		
INDICATORE	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
% di infezioni correlate all'assistenza rilevate in sede di indagine di prevalenza	Rinviato	In attesa di rilevazione

Altri indicatori relativi al monitoraggio per l'Hospice:

Esito di piaghe trattate :		
Indicatore	Obiettivo 2022	
% di piaghe trattate con risoluzione /% di piaghe individuate	30%	

piaghe di nuova insorgenza:		
Indicatore	Obiettivo 2022	
% di piaghe di nuova insorgenza (post accettazione in Hospice)/ totale di piaghe individuate	20%	

Obiettivi Hospice:

per diffondere la cultura della sicurezza delle cure le strategie future da mettere in atto sono finalizzate ad attività di miglioramento continuo della qualità e della gestione del rischio clinico ciò attraverso diverse attività:

- lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi, al fine di una raccolta ed elaborazione di dati che ci diano informazioni sulle procedure ad alto rischio sia in ambito residenziale che domiciliare e sulle frequenze degli errori;
- promozione di eventi formativi per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore/rischio;
- monitoraggio periodico delle informazioni di ritorno riguardo le attività svolte;
- definizione di opportune azioni correttive/miglioramento in funzione dei risultati emersi dall'analisi dei dati.

4.2 Resoconto delle attività del PAICA dell'anno precedente

Di seguito gli obiettivi definiti del PAICA 2021 e nella nota ASL N°0884520 del 15/10/20.

OBIETTIVO A: <i>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</i>		
<i>Attività (1)</i>		
Ob.A Attività (1): Organizzazione di attività di informazione/formazione di operatori mirate al monitoraggio e alle prevenzioni della ICA Lavaggio delle mani secondo le linee guida WHO	Obiettivo Raggiunto per il 75% degli operatori	
Indicatore: 40% del personale sanitario ed il 90% degli infermieri	SI parziale	

Attività 2 di A) <i>Corso di formazione per il personale medico e medico chirurgo sul corretto uso degli antibiotici</i>		
Ob.A Attività (1) organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alle prevenzioni delle ICA	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 40% del personale medico	SI Parzialmente	L'attività di formazione causa emergenza pandemica è stata incentrata esclusivamente sul covid-19

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CPE

Attività (1)

Ob.B Attività (1): Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (Infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore)	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 1 indagine di prevalenza, + o - il 10% in meno rispetto al valore precedente	NO	Causa Emergenza covid-1'obiettivo è traslato sul 2022

Attività (1) Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (Infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmanari associate a ventilatore);

Ob.B Attività 2 di b): Consolidamento del modello di sorveglianza attiva tramite tampone rettale delle colonizzazioni/infezioni	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: n. segnalazioni alla direzione sanitaria di isolamento pp.zz CPE positivi/ 100 gg di degenza	SI	CONCLUSO
<i>Attività (3 di b) Elaborazione/ revisione/ implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni di cui al punto 1</i>		
	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Procedure rischio infettivo	SI	Concluso

Resoconto delle attività durante l'emergenza Covid-19

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio Covid 19

Attività (1 Organizzazione di attività di informazione/ formazione degli operatori mirate alla prevenzione e protezione disponibili;

Ob.A Attività (1): diffusione del decalogo elaborato da ISS, OMS, ECDC in forma di poster e inviato via mail al caposala per diffusione a tutto il personale.	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
--	---------------------	---------------------

Indicatore: 100% del personale sanitario	SI	CONCLUSO Formazione comunicazione eseguita
<i>Indicatore: Formare almeno il 70 % del personale medico e l'80% del personale infermieristico</i>	SI	CONCLUSO

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio Covid 19

Attività (1) Informazione/ formazione degli operatori sull' utilizzo dei DPI con particolare riferimento alle mascherine e alle procedure di vestizione e svestizione., lavaggio mani con acqua e sapone e soluzione antisettica e relativa procedura operativa

<u>Ob.A Attività (1): A messa a disposizione del personale di materiale cartaceo con indicazione sull'utilizzo corretto dei DPI, procedure di vestizione e svestizione, lavaggio mani con acqua e sapone e soluzione antisettica e relativa procedura operativa</u>	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% del personale medico 80% del personale infermieristico	SI	CONCLUSO
<i>Tampone di verifica post lavaggio mani sul 50% degli operatori del comparto operatorio</i>		

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio Covid 19

Attività (5) Migliora re l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle infezioni da Coronavirus

Ob. A Attività A Organizzazione di attività di informazione/ formazione degli operatori mirate alla prevenzione e protezione disponibili;	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 100% del personale amministrativo e sanitario dedicato alle attività di triage	SI	CONCLUSO

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione della Casa di Cura Sant'Anna garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Linee guida per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)
 2. Piano di intervento sull'igiene delle mani
- Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
 - Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio Di Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
 - Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 - Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
 - D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

- D.P.R. 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
- D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
- Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento

- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
- Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

La presente sezione riporta i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

-
- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
 - Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
 - Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&me
nu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)